Ein Fall von Foetus papyraceus

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin

verfaßt und einer Hohen
medizinischen Fakultät der

Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Otto Ellenrieder,
prakt. Arzt in Hauzenberg.

München 1927
Universitäts-Buchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn

Ein Fall von Foetus papyraceus

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin

verfaßt und einer Hohen
medizinischen Fakultät der

Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Otto Ellenrieder,
prakt. Arzt in Hauzenberg.

München 1927
Universitäts-Buchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität zu München.

Ein Fall von Foetus papyraceus.

Wie für die Mutter, so ist auch für die Früchte die mehrfache Gravidität mit Nachteilen verknüpft. Die Aussichten, unter denen die Früchte den Kampf ums Dasein aufnehmen können, sind oft wenig günstig; zuweilen trennt sich ihr Schicksal schon in der Uterushöhle.

Bei eineiigen Zwillingen vor allem kommt es vor, daß in früher Zeit der Entwicklung das Herz des einen Embryo über das des anderen das Übergewicht erhält und schließlich vermittelst arterieller Anastomosen der Plazentar-Anlage auch die Blutbewegung im Körper des schwächeren Embryo mitbesorgt. Das Herz desselben wird lahmgelegt und verödet, er selbst wird als „herzlose" Mißgeburt — „Acardiacus" — von dem meist wohlgebildeten Zwillingsbruder ernährt und mit ihm geboren.

In anderen Fällen stirbt die eine schlechter situierte Frucht ab und wird ausgestoßen, während die andere ihre normale Entwicklung durchmacht; oder der abgestorbene Fötus wird nach Resorption seines Amnionwassers plattgedrückt und später bei der Geburt als Foetus papyraceus s. compressus an den Eihüllen des reifen Zwillingsbruders anhängend gefunden.

Der Tod der Frucht zieht nicht notwendigerweise ihre sofortige Ausstoßung nach sich. Es kann Tage und Wochen dauern, bis endlich Wehen erwachen und der Uterus sich seines Inhalts entledigt. Unterdessen erfährt die abgestorbene Frucht mancherlei Veränderungen, wobei wir vor allem den Vorgang der Mazeration und der Mumifikation zu unterscheiden haben.

Der Mazeration im Fruchtwasser verfallen vor allem ältere Früchte im 6. bis 10. Monat. Die Oberhaut hebt sich in Blasen ab, der Blutfarbstoff diffundiert in die Gewebe, welche wie mit

einem rötlichen Serum durchtränkt erscheinen. Am Schädel lockern sich schon nach wenigen Tagen die Knochenverbindungen, so daß die Schädelknochen schlotternd in einem schlaffen Hautbeutel liegen. Die Knochen der Extremitäten lassen die unnatürlichsten passiven Bewegungen zu. Das Fruchtwasser nimmt eine schmutzig-braunrote Färbung an, ebenso die Nabelschnur, die oft auf das zwei- bis dreifache verdickt ist. Man hat derartige Früchte mit der Bezeichnung Foetus maceratus s. sanguilonentus belegt. — Früher nannte man sie faultot, ein nicht ganz korrekter Ausdruck; denn von richtiger Fäulnis kann keine Rede sein, solange die Eihäute unverletzt sind und den Fäulnismikroarganismen den Weg zum Fruchtwasser versperren. Die Früchte riechen auch nicht faul, sondern eigentümlich süßlich und fade.

Seltener macht der abgestoßene Fötus innerhalb der Uterushöhle anstatt der Mazeration einen Schrumpfungsprozeß durch, den wir mit Mumifikation bezeichnen und dem hauptsächlich Zwillingskinder in den ersten Monaten unterliegen. Dieser Vorgang erklärt sich dadurch, daß das Fruchtwasser und die flüssigen Gewebsteile resorbiert werden. Der Fötus schrumpft immer mehr zusammen, das subkutane Zellgewebe schwindet, die Haut der Frucht nimmt eine graugelbliche Farbe an und wird runzelig. Durch die dem Knochengerüst eng anliegende Haut sehen wir deutlich die Konturen der Knochen des Kopfes, der Rippen, des Beckens und der Extremitäten durchschimmern. Gesicht, Hände und Füße sind platt gedrückt und verschoben, die ganze Haltung ist nicht mehr physiologisch, sondern meist, insbesondere was die Extremitäten betrifft, abnorm verändert. Je früher in der Schwangerschaft dieser Fruchttod eintritt, desto deutlicher sind diese Veränderungen, desto plattgedrückter und pergamentähnlicher liegt ein solches Gebilde den Eihäuten an. Erfolgt das Absterben der Frucht jedoch erst in späteren Monaten, so findet sich auch in Form und Haltung eine geringere Veränderung, was durch den infolge Größe der Frucht und stärkere Resistenz des Knochenbaues hervorgerufenen Widerstand leicht zu erklären ist.

In einem solchen Fall sprechen wir von einem Foetus papyraceus s. compressus.

Im Gegensatz zur Mazeration weisen auch die Fruchtteile eine sozusagen gegenteilige Veränderung auf; handelt es sich bei der Mazeration im wesentlichen um eine Flüssigkeitsaufnahme, so ist der Vorgang der Mumifikation wesentlich ein solcher der Flüssigkeitsabgabe; daher auch eine meist kleinere, zusammengeschrumpfte Plazenta von einer graugelblichen Farbe; zusammengeschrumpfte, dünne Eihäute. Die Nabelschnur ist dünn und eingetrocknet, ihr matter Glanz ist verblichen.

Über die Verschiedenheit des Alters und der Größe eines Foetus papyraceus, sowie über den Geburtsverlauf finden wir in der Literatur des öfteren interessante Angaben.

So beschreibt Lönnberg wohl den kleinsten, der je beobachtet wurde, von nur 17 mm Länge in einem Alter von 5 Wochen.

Einen Fötus aus dem 3. Monat von nur 25 cm Länge und 23,5 mm Breite beschreibt Goldberger.

Weitere interessante Fälle werden in einer diesbezüglichen Arbeit von Schnitzer ausführlicher berichtet, so von Littauer, Hollweg, v. Lichen, Becker, Geuer. Von letzterem stammt die Beschreibung wohl des größten Foetus papyraceus, der etwa dem 7. Schwangerschaftsmonat entsprach. Weitere derartige Fälle beschreiben oder demonstrieren noch Bazanella, Brettschneider, Abel, Falgowski, Falk, Fasola, Freund, Fruitwight, Hähnel, Hochstetter, Leguen, Neumann, Pawlik, Schlee, Sinclair, Thies, v. Winkel usw. Schnitzer beschreibt zwei an hiesiger Klinik beobachtete Fälle von Foetus papyraceus.

Der erste Fall betrifft eine 47 Jahre alte Erstgebärende, die seit ihrem 13. Lebensjahr regelmäßige, aber starke menses hatte. Das Befinden der Patientin während der Schwangerschaft war andauernd gut und gab zu keinen Klagen Anlaß. Die Untersuchung am Ende der Schwangerschaft während der Eröff-

nungsperiode ergab ein totes, mittelgroßes Kind in 2. Hinterhauptslage, Muttermund dreimarkstückgroß, vorliegender Teil undefinierbare mazerierte Kindsteile, daneben Schädelknochen. Um 9^{50} vorm. wurde ein kleiner stinkender Foetus papyraceus von 20 cm Länge und einem Gewicht von 85 g ausgestoßen. Um 11^{10} Uhr wurde dann nach Einsetzen kräftiger Wehen ein mazeriertes, ausgetragenes Kind spontan geboren.

Der Kopf des Foetus papyraceus war auf die Brust gedrückt, im Halse eingeknickt und um etwa 80 Grad nach der linken Seite gedreht. Augen, Nase, Mund und Ohren waren deutlich erkennbar. Beide Arme waren hochgeschlagen und im Ellbogen- und Handwurzelgelenk scharf abgebogen. Eine ähnliche Stellung wiesen die Beine auf. Die Brustwirbelsäule wies eine starke rechtssseitige Skoliose auf.

Foetus papyraceus und mazeriertes Kind hatten eine gemeinsame Plazenta von der Größe 18,5 × 16 und einem Gewicht von 900 g. Die Nabelschnurlänge betrug 50 cm, Eihäute, ein Chorion und zwei Amnien sind z. T. erhalten bezw. deutlich zu unterscheiden. Es handelt sich um eineiige Zwillinge.

Das Wochenbett verlief normal, die Mutter wurde am 7. Tag entlassen.

Der zweite Fall betraf eine 44jährige 15 para in ländlichen Verhältnissen. Bei ihrer Aufnahme in die Klinik gab sie an, daß sie seit acht Tagen blute, auch bei Bettruhe lasse die Blutung nicht nach. Die Untersuchung ergab Muttermund für zwei Finger durchgängig, Blase steht, Becken leer. Durch den inneren Muttermund fühlte man ein lappiges, weiches Gebilde; es handelte sich um Placenta praevia. Da alsbald eine stärkere Blutung einsetzte, wird die Wendung nach Braxton-Hicks ausgeführt und ein frisch abgestorbenes Kind in Steißlage extrahiert. Auf gleiche Weise wird noch ein zweites lebendes Kind zutage gefördert. Nach manueller Lösung von zwei Plazenten wird ein weiteres, viel kleineres, totes Kind entwickelt, das sich als Foetus papyraceus erwies. Die dritte Plazenta wurde ebenso gelöst.

Der Foetus papyraceus hatte eine Länge von 30 cm und

ein Gewicht von 585 g. Der Kopf war flachgedrückt, das Gesicht ziemlich ausgeprägt, Mund, Nase und Augen deutlich erkennbar. Die Ohren in die Kopfhaut eingepreßt. Das Gesicht ist etwas nach rechts verdreht, der rechte Arm ist hochgeschlagen, der linke Arm nach unten geschlagen; der Rücken ist gekrümmt, die Beine hochgezogen. Rumpf, Becken und Brustkorb sind zusammengedrückt. Es handelte sich auch in diesem Fall um einen eineiigen Zwilling. Zu diesen beiden an hiesiger Klinik von Schnitzer beobachteten und beschriebenen Fällen von Foetus papyraceus kommt noch ein weiterer aus jüngster Zeit:

Die Fabrikarbeiterin Olga R., 18 Jahre alt, II para, kam am 15. XII. vorm. in den Kreißsaal und wurde als Hausschwangere aufgenommen. Eltern und Geschwister sind angeblich nervenleidend, die Mutter außerdem herzleidend. Sie selbst weiß von irgendwelchen Kinderkrankheiten nichts anzugeben, später will sie viermal Grippe durchgemacht haben. Nach Verlauf von $3^1/_2$ Monaten ihrer jetzigen Schwangerschaft wurde wegen rechtsseitiger, 14 Tage anhaltender Schmerzen eine Ventrofixura uteri an hiesiger Klinik ausgeführt, worauf nach fünf Tagen die Schmerzen plötzlich aufhörten. Seit dieser Zeit ist auch das Schwangerschaftsbefinden sehr gut. Geschlechtskrank will sie nie gewesen sein. Mit $16^1/_2$ Jahren bekam sie die erste Regel, die fernerhin auch stets stark war, etwa acht Tage dauerte, und in unregelmäßigen Intervallen wiederkehrte. Die Patientin ist mittelgroß, von kräftigem Knochenbau und gut genährt. Die Muskulatur ist gut entwickelt, die Haut ist ohne Besonderheiten, die Luftwege sind frei. Das Herz ist von entsprechender Größe, die Töne rein, kein Geräusche. An beiden Unterschenkeln zeigen sich Varizen. Der Urin ist frei von E und Z. Vor einem Jahr Spontangeburt eines lebenden, reifen Knaben. Wochenbett ohne Befund. Die letzte Regel hatte sie Mitte März, die wie sonst acht Tage dauerte und stark war. Nach $3^1/_2$ monatlicher Schwangerschaft bekam sie die bereits angeführten rechtsseitigen Unterleibsschmerzen, die dann nach dem operativen Eingriff prompt verschwanden. Die erste Kinds-

bewegung wurde im 5. Schwangerschaftsmonat verspürt. Die äußere Untersuchung ergab normale Verhältnisse; die kindlichen Herztöne waren deutlich links oberhalb des Nabels zu hören. Es handelt sich also um eine jugendliche II para am Ende der Schwangerschaft. Das Kind liegt in I. Schädellage, lebt und ist mittelgroß. Die Beckenmaße sind folgende: Dist.Spin; = 25; Dist. crist. 28,5; Dist. Troch. 39; Conj. ext. 21,0.

Die innere Untersuchung ergab bei der Aufnahme:

Äußere Genitalien: ohne Befund. Scheide: eng. Absonderung: leicht schleimig. Portio: verkürzt und aufgelockert. Äußerer Muttermund, Cervikal-Kanal, innerer Muttermund: fingerdurchgängig. Muttermundsrand: dicksäumig. Fruchtblase: steht. Vorliegender Teil: Kopf beweglich über Beckeneingang. Temperatur: 37°, Puls: 64.

Nachdem Patientin auf die Hausschwangerenabteilung verlegt wurde, kam sie nach 14 Tagen morgens 7 Uhr mit regelmäßigen, kräftigen Wehen auf den Kreißsaal.

Die innere Untersuchung ergibt:

Äußere Genitalien: ohne Befund. Scheide: eng. Absonderung: leicht schleimig. Portio: verstrichen. Äußerer Muttermund, Cervikal-Kanal, innerer Muttermund: handtellergroß. Muttermundsrand: dünnsäumig. Fruchtblase: steht. Vorliegender Teil: Kopf fest in Beckenenge.

7^{45} a. m. erfolgt der Blasensprung. 10 Minuten später wurde nach Einsetzen kräftiger Wehen ein lebendes, reifes Kind männlichen Geschlechts in I. H. H. Lg. geboren. Um 8 Uhr erfolgte spontan die Ausstoßung der Plazenta; in der Eihaut ist ein ca. 16 cm langer, plattgedrückter Fötus sichtbar.

Der rechte Fuß des lebenden Kindes ist ein Klumpfuß. Das Kind ist ungleichmäßig entwickelt, die rechte Seite macht einen verkümmerten, schlechter entwickelten Eindruck.

Der Foetus papyraceus mißt vom Scheitel bis zur Sohle 16 cm, vom Scheitel bis zum Steiß 9,7 cm. Die Kopfbreite beträgt nicht ganz 5 cm, Brust 4 cm. Gewicht 83 g. Die Nabelschnur ist 50 + 5 cm lang, 2 cm dick, inseriert zentral und weist viele Windungen auf. Der Kopf ist auf die Brust herabgedrückt,

um etwa 80 Grad nach links gedreht. Augen, Nase, Mund und Ohren sind erkennbar. Beide Arme sind hochgeschlagen und im Ellbogen- sowie Handgelenk scharf abgewinkelt. Die Beine sind nach Art der Hockstellung leicht angezogen.

Der dem ausgetragenen Kind angehörende Teil der Plazenta ergibt einen etwa fünfmarkstückgroßen Defekt, zeigt aber im übrigen keine Abweichungen vom Normalen. Die beiden Amnien teilen von der gesamten Plazenta einen ca. 10×6 cm messenden Bezirk ab, der dem Ernährungsgebiet des Foetus papyraceus entsprechen dürfte und der eine derbere Konsistenz aufweist, als der übrige Teil der Plazenta; auch zeigt dieser Bezirk eine mehr graugelblich-bräunliche Verfärbung.

Zwecks mikroskopischer Untersuchung der Plazenta wurden sowohl aus dem dem lebenden Kind angehörigen Teil als auch aus dem dem Foetus papyraceus angehörenden Stücke ausgeschnitten, in 10%iger Formalinlösung gehärtet, in Paraffin eingebettet und die Schnitte in Hämatoxylin-Eosin gefärbt.

Die Schnitte aus den normalen Plazentateilen zeigen keine Besonderheiten; am Rande ergibt sich Decidua; im übrigen finden sich die fötalen Zotten mit Epithel überkleidet in den Bluträumen, die noch teilweise Blut enthalten, einge- Syncytiums in der Langerhanschen Zellschicht nicht mehr deutlagert. An dem Zottenepithel sind die beiden Schichten des lich unterscheidbar, vereinzelte Zotten sind hyalin entartet und zeigen keinen Epithelbelag mehr. Die meisten Zotten weisen kleinere und größere blutgefüllte oder leere fötale Gefäße auf.

Die II. Stelle, die den dem Foetus papyraceus angehörigen Teil der Plazenta zeigt, wies schon rein makroskopisch das Bild eines Plazentarinfarktes auf und zeigt auch mikroskopisch das Bild eines solchen.

Die ganze Plazenta ist hier größtenteils nekrotisch, die Gefäße sind zum Teil mit Blut gefüllt, enthalten aber vielfach auch ein Netzwerk, das wie koaguliertes Fibrin aussieht und an solchen Stellen sind Zotten und Bluträume fast in eine hyaline Masse umgewandelt, nur da und dort sind noch die Bindegewebskerne der fötalen Zotten (spindlige und runde

Kerne) färbbar. An vielen Stellen finden sich außerdem in feinen Körnchen und in groben Schollen eingelagert in den Zotten intensiv blau mit Haematoxylin gefärbte Massen, die zweifellos Kalkeinlagerungen entsprechen. Nur an manchen Stellen ist noch Decidua zu erkennen. Das fötale Epithel ist so gut wie an keiner Zotte mehr erhalten. Viele Zotten zeigen vollständig hyaline Entartung, bei anderen ist nur die Randpartie hyalin, während die zentralen Teile noch Bindegewebsteile aufweisen und auch da und dort ein erkennbares Gefäß enthalten. Wir haben also das Bild eines Fibrininfarkts mit Kalkeinlagerungen vor uns.

Was die Häufigkeit des Vorkommens eines Foetus papyraceus betrifft, so ist sie sicher zahlreicher, als allgemein angenommen und beschrieben wird. Sicher spielen bei der Beobachtungsmöglichkeit eines solchen Falles die Umstände, unter denen eine Geburt vor sich geht, eine nicht unbedeutende Rolle. In einer modernen Klinik, die über ein gut geschultes Hebammenpersonal verfügt und in der auch scheinbar Selbstverständlichkeiten stets unter genauer ärztlicher Kontrolle stehen, dürfte das Vorkommen eines Foetus papyraceus wohl nicht übersehen werden. Ganz anders sind aber die Verhältnisse wohl in der Privatpraxis oder in ländlichen Verhältnissen. Der Arzt wird hier nur in sogen. „schweren" Fällen herbeigeholt und sonst besorgen den Beistand bei einer Geburt im allgemeinen nur Hebammen, deren Tätigkeit meist damit beendet ist, daß alles „gut" gegangen ist, oft aber und gerade auf dem Lande, geht eine Geburt nur unter Assistenz sogen. „Wehmütter" vor sich, meist älterer Frauen, die eben schon oft bei Geburten dabei waren, oder die notwendigsten Handgriffe leistet allein der Ehemann. Daß in solchen Fällen das Vorkommen eines Foetus papyraceus übersehen wird, ist klar.

Was die Ätiologie des Foetus papyraceus anbelangt, so sind verschiedene Theorien angeführt worden.

Zu denken gibt der Umstand, daß die Anomalien hauptsächlich bei eineiigen Zwillingen beobachtet wurden. Es ist dies so zu erklären, daß eineiige Zwillinge in der gemeinsamen

Plazenta einige Cotyledonen gemeinsam haben, also einen wenigstens teilweise gemeinsamen Kreislauf. Von der einen Frucht erhalten nun solche Cotyledonen die Arterien, von der anderen die Venen. Es ist somit ein teilweiser gemeinschaftlicher Kreislauf hergestellt. In dem schon intrauterin beginnenden „Kampf ums Dasein" gewinnt nun das Herz des kräftigeren Zwillings das Übergewicht über das des schwächeren Zwillingsbruders, das kräftigere Herz produziert mehr Fruchtwasser, wodurch dem Schwächeren Wasser und Ausdehnungsmöglichkeit entzogen wird, er stirbt allmählich ab und wird plattgedrückt.

Auch an eine luetische Erkrankung ist für die Entstehungsursache des Foetus papyraceus schon gedacht worden, hauptsächlich dann, wenn neben dem Foetus papyraceus ein mazeriertes Kind geboren wurde. Dem ist entgegenzuhalten, daß dann auch die Plazenta Zeichen einer Lues tragen müßte, was bei dem von Schnitzer beschriebenen Fall I nicht der Fall war. Torsionen und Kompressionen der Nabelschnur, Nabelschnurumschlingungen, amniotische Bänder und das Auftreten der Infarkte wurde als Ursache angeführt.

In unserem Falle, wie in den beiden anderen an hiesiger Klinik beobachteten wurde ein dem Ernährungsgebiet des Foetus papyraceus entsprechender Infarkt gefunden. Was allerdings der zeitlich frühere Vorgang war, die Infarktbildung oder das Absterben der Frucht bleibt dahingestellt.

Was endlich das Röntgenbild des Foetus papyraceus in unserem Falle betrifft, so sind vom Schädel verschiedene dunklere und hellere Schatten, Ober- und Unterkiefer jedoch nicht deutlich erkennbar. Schlüsselbein und Schulterblatt ist ausgebildet, Ober- und Unterarmdiaphysen sind vorhanden, nicht jedoch die Epiphysen. Die Körper- und Dornfortsätze der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule sind vorhanden, ebenso die Wirbelbogen der Brustwirbelsäule; die Rippen sind entwickelt. Die beiden Beckenschaufeln sind deutlich erkennbar, von den unteren Extremitäten die Knochen des Ober- und Unterschenkels, sowie die Mittelphalangen.

Wenn man überlegt, daß der Reihenfolge nach in der

7. Woche die Clavicula, im 2. Monat die Schädelknochen, Mitte des 3. Monats fast alle Wirbel und im 4. Monat die Mittelphalangen ossifizieren, so dürfte nach dem Röntgenbilde und dem Längenmaß sich als Zeitpunkt der Entwicklungsstockung das Ende des 4. Monats ergeben.

Literatur.

1. Abel: Centralblatt f. Gyn. 1893. Bd. 17, S. 149.
2. Ahlfeld: Geburtshilfe, S. 553.
3. Bazanella: Centralblatt f. Gyn. 1891. Bd. 15, S. 625.
4. Brettschneider: Centralblatt f. Gyn. 1913. S. 668.
5. Bumm: Grundriß. Stud. d. Geburtsh. S. 291.
6. Falgowski: Deutsche med. Wochenschrift 1908.
7. Fasola: Centralblatt f. Gyn. 1888. S. 446.
8. Fruitwight: Centralblatt f. Gyn. 1884. S. 446.
9. Freund: Centralblatt f. Gyn. 1905. S. 239.
10. Goldberger: Monatsschrift f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. IV, S. 389.
11. Hähnel: Inaug.-Diss. Halle 1905.
12. Hellmuth: Inaug.-Diss. Marburg 1908.
13. Hohlweg: Inaug.-Diss. München 1903.
14. Kaltenbach: Lehrb. d. Geburtsh. 1893. S. 56.
15. Leguen: Centralblatt f. Gyn. 1909.
16. v. Lichen: Centralbl. f. Gyn. 1902. Bd. 16, S. 197.
17. Littauer: Centralbl. f. Gyn. 1898. Bd. 22, S. 59.
18. Lönnberg: Centralbl. f. Gyn. Nr. 47, S. 1285.
19. Merttens: Monatsschrift f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 30, S. 55.
20. Neumann: Monatsschrift f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 8, S. 731.
21. Pawlik: Centralblatt f. Gyn. 1900. S. 428.
22. Schlee: Deutsche med. Wochenschrift 1911.
23. Schnitzer: Inaug.-Diss. München 1919.
24. Sinclair: Centralblatt f. Gyn. 1900. S. 429.
25. Spiegelberg: Lehrb. d. Geburtsh. S. 188.
26. v. Winckel: Lehrb. d. Geburtsh. Bd. I, S. 279. Bd. II, S. 1174.
27. Zacharias: Münchn. med. Wochenschrift 1906.

Lebenslauf.

Ich, Otto Ellenrieder, katholischer Konfession, bin geboren am 20. April 1890 zu Rosenheim als Sohn des kgl. Notars Karl Ellenrieder und seiner Ehefrau Katharina, geb. Högl. Nach Besuch von 4 Klassen Volksschule trat ich in das kgl. Luitpoldgymnasium zu München ein, das ich im Jahre 1910 absolvierte. Ich widmete mich dem Studium der Medizin und bestand die ärztliche Vorprüfung an der Universität München 1919. Bei Ausbruch des Krieges meldete ich mich als Kriegsfreiwilliger und machte beim 23. sächs. Ers.-Inf.-Regt. den Krieg von September 1914 bis Dezember 1918 an der Front mit. Im Mai 1919 nahm ich unter General v. Epp an der Befreiung Münchens von der Räteherrschaft teil, ebenso 1920 an dem Unternehmen gegen linksradikale Umtriebe im Ruhrgebiet. Im Jahre 1921 bestand ich an der Universität München die ärztliche Prüfung mit der Zensur „gut" und erhielt am 21. Oktober 1921 die Approbation als Arzt. Daraufhin war ich ein halbes Jahr an der inneren Klinik des Herrn Geheimrat v. Romberg und an der Universitätsfrauenklinik zu München unter Herrn Geheimrat Dr. Döderlein als Medizinalpraktikant bezw. Volontärarzt tätig. Im Jahre 1922 ließ ich mich in Hauzenberg b. Passau als prakt. Arzt nieder. 1923 verehelichte ich mich mit meiner jetzigen Ehefrau Senta, geb. Weiß. Zur Zeit übe ich die ärztliche Praxis in Hauzenberg b. Passau aus.

Otto Ellenrieder.